

Services mobiles de proximité :

étendre l'accès à une gamme complète de contraceptifs modernes

Services mobiles de proximité

Quel est la pratique à haut impact prouvée dans la prestation de services de planification familiale ?

Soutenir la prestation de services mobiles de proximité pour fournir une gamme élargie de contraceptifs, comprenant des contraceptifs réversibles à longue durée et des méthodes permanentes.



Heidi Brown, Marie Stopes, Tanzania

Contexte

Les services mobiles de proximité permettent de corriger les disparités d'accès aux services et aux produits de planification familiale afin d'aider les femmes et les hommes à satisfaire leurs besoins de santé reproductive. Les modèles de proximité permettent un déploiement stratégique et flexible des ressources (prestataires de soins de santé, produits de planification familiale, fournitures, équipement, véhicules et infrastructure) dans des zones où les besoins sont élevés et à des intervalles qui répondent le plus efficacement possible à la demande.

Des données probantes montrent que les services mobiles de proximité peuvent contribuer à augmenter l'usage de la contraception dans des régions où la prévalence de la contraception est faible, où les besoins non satisfaits de planification familiale sont élevés et où des barrières géographiques, économiques et sociales limitent le recours aux services. Si les services mobiles de proximité sont bien conçus, ils aident les programmes à élargir l'offre de méthodes contraceptives proposée aux clients, en augmentant notamment l'accès aux méthodes réversibles à longue durée d'action (ci-après désignées par l'acronyme anglais « LARC ») et aux méthodes permanentes (ci-après désignées par l'acronyme anglais « PM ».). Ces deux catégories de méthodes ne sont généralement pas disponibles dans la plupart des zones rurales ou difficiles d'accès en raison du manque de prestataires compétents, de produits ou d'équipement. La fourniture de services mobiles de proximité permet de surmonter ces barrières en amenant des informations, des services, des contraceptifs et d'autres produits là où les femmes et les hommes travaillent, le plus souvent gratuitement ou à des prix subventionnés. Les programmes mobiles de proximité peuvent également laisser une trace durable qui renforce les systèmes de santé existants si le modèle inclut le développement et le renforcement des connaissances des agents de santé locaux et de leurs compétences à fournir une large gamme de méthodes.

Différents modèles de services mobiles de proximité ont été mis en œuvre avec succès à grande échelle. Trois critères sont pris en compte pour distinguer entre les différents modèles : par qui sont fournis les services ? Où les services sont-ils fournis ? Quel type de dispositif régit les relations et les responsabilités partagées entre le secteur public d'un côté, et le secteur privé et les ONG, de l'autre ? Les services mobiles de proximité sont mis en œuvre par, ou en

collaboration avec, les autorités sanitaires locales, ce qui permet de renforcer les systèmes de santé existants et de renforcer ou bien de déployer stratégiquement les capacités locales dans les zones mal desservies. Les services mobiles de proximité reposent souvent sur des partenariats public-privé, en créant un réseau efficace de prestataires de soins de santé privés, publics et non gouvernementaux qui permet d'accéder à des services complets de planification familiale.

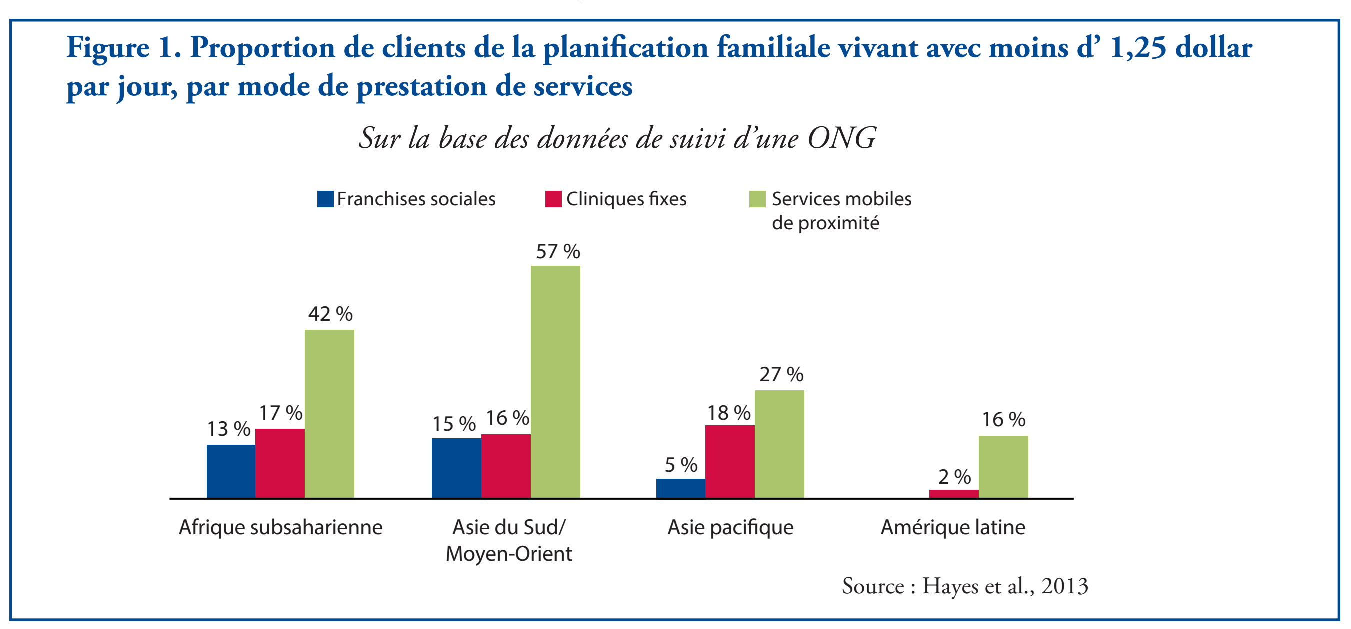
Cet aide-mémoire décrit le rôle des programmes mobiles de proximité comme moyen de réduire les inégalités d'accès au services de planification familiale (s'agissant particulièrement des LARC et des PM), discute de la contribution potentiel de ces programmes et passe en revue les principales questions liées à la planification et à la mise en œuvre. Les services mobiles de proximité sont l'une des « pratiques à haut impact dans la planification familiale » (PHI) éprouvées, recensées par un groupe consultatif technique d'experts internationaux. Lorsqu'elles sont déployées à grande échelle et institutionnalisées, les PHI permettent de maximiser les investissements en faveur d'une stratégie complète de planification familiale (HIPs, 2013). Pour en savoir plus sur les PHI, voir : www.fphighimpactpractices.org/about.

Quelles sont les difficultés que cette pratique peut aider les pays à surmonter ?

- **Les services mobiles de proximité sont au service de communautés qui ont un accès limités aux fournitures et aux prestataires de services cliniques**. La répartition géographique du personnel de santé, et la disponibilité des produits et des fournitures médicales déterminent quels services de santé sont disponibles ainsi que le volume et la qualité de ces services. Les populations des zones rurales, des quartiers pauvres des villes et des communautés marginalisées se heurtent à des barrières géographiques ou économiques qui les empêchent d'accéder à des agents de santé qualifiés. Cette situation entraîne de fortes disparités en termes de santé et d'utilisations des services de santé. Le Rapport sur la santé dans le monde de 2006 a identifié 57 pays confrontés à des pénuries graves de personnel de santé (OMS, 2006). Outre le déploiement de prestataires de services cliniques qualifiés, les modèles de fourniture de services mobiles de proximité garantissent un approvisionnement fiable des produits contraceptifs, des fournitures médicales et de l'équipement nécessaires pour fournir une gamme complète d'options de planification familiale.

- **Les services mobiles de proximité touchent des nouvelles populations et des populations mal desservies en rapprochant les services de santé des clients.** Il est probable que les clients des services mobiles de proximité n'aient pas été concernés par la planification familiale auparavant, c'est le cas de 41 % des clients de ces services en Afrique subsaharienne, 36 % en Asie du Sud et au Moyen-Orient, 47 % en Asie pacifique et 23 % en Amérique latine (Hayes et al., 2013). Avec d'autres modes de prestation de services, les services mobiles de proximité sont également un moyen efficace de toucher les plus démunis. Par exemple, en Afrique subsaharienne, en 2011, 42 % des clients des services mobiles de proximité d'une organisation non gouvernementale international (ONGI) vivaient avec moins d'1,25 dollar US par jour, comparés à 17 % des clients de cliniques fixes et 13 % des clients des franchises sociales qui étaient dans ce cas (figure 1).

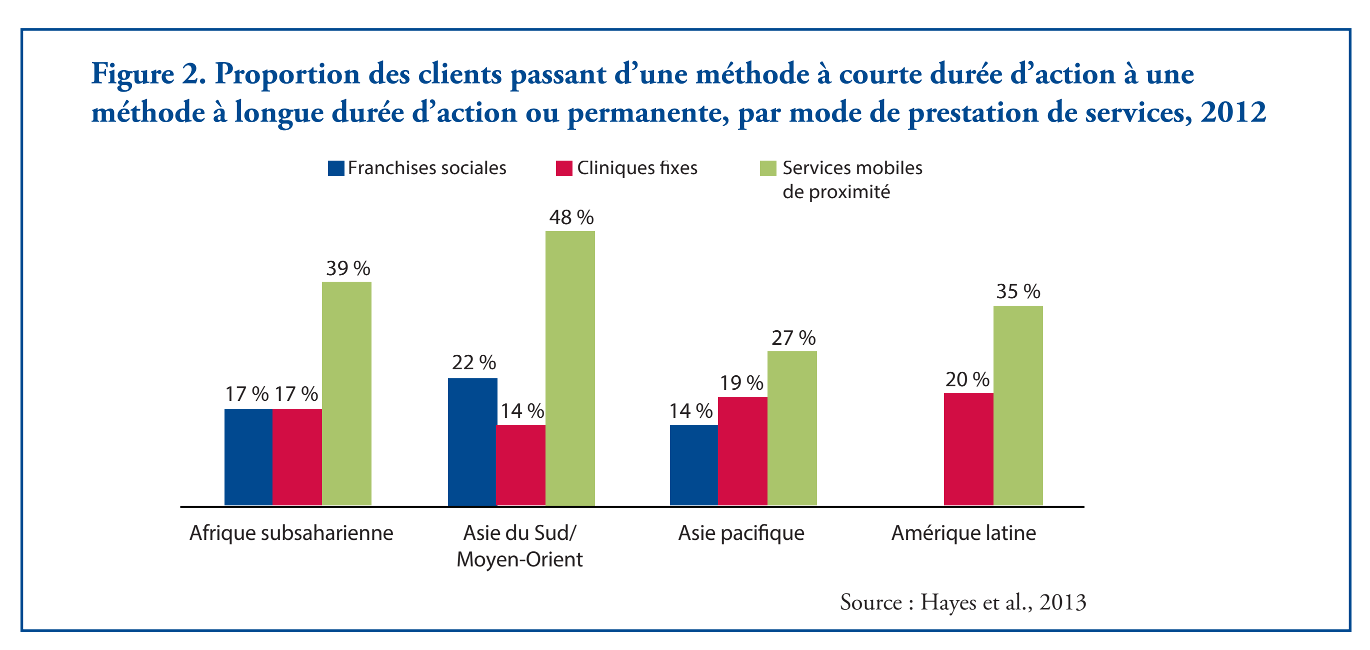
Figure 1. Proportion de clients de la planification familiale vivant avec moins d' 1,25 dollar par jour, par mode de prestation de services



Source : Hayes et al., 2013

- **Les services mobiles de proximité permettent un choix plus large de méthodes**. Les méthodes fournies par le biais de services mobiles de proximité complètent les méthodes les plus couramment disponibles, comme les méthodes à courte durée d'action. Plus précisément, les services mobiles de proximité permettent d'avoir accès aux méthodes réversibles à longue durée d'action et aux méthodes permanentes, qui sont moins disponibles dans les systèmes de santé de nombreux pays en développement. Alors que près d'un quart des femmes dans les pays développés dépendent des LARC et des PM pour éviter une grossesse non désirée, moins de 5 % des femmes utilisent ces méthodes dans les pays les moins développés (Nations Unies, 2011). En 2010, en Tanzanie, la moitié des LARC et des PM ont été fournies par des services mobiles de proximité (Jones, 2011). Au Népal, les cliniques mobiles publiques pratiquent 20 % des procédures de stérilisation volontaires chez les femmes et plus d'un tiers des procédures chez les hommes (MOHP [Népal] et al., 2012). Les statistiques de service d'une ONG international indiquent que les services mobiles de proximité peuvent offrir des opportunités supplémentaires aux clients de la planification familiale de passer à des méthodes réversibles à longue durée d'action ou à des méthodes permanentes afin de satisfaire leurs souhaits en matière de reproduction (figure 2).

Figure 2. Proportion des clients passant d'une méthode à courte durée d'action à une méthode à longue durée d'action ou permanente, par mode de prestation de services, 2012



Source : Hayes et al., 2013

- **Les services mobiles de proximité contribuent au renforcement des capacités des prestataires à fournir des LARC et des PM.** Des visites régulières des prestataires de services mobiles de proximité dans les établissements de santé sous-financés offrent des opportunités de formation en cours d'emploi et de renforcement des compétences cliniques et de conseil, des mesures de prévention des infections et de gestion du flux de clientèle. L'expérience de l'Inde démontre que dans des zones où l'utilisation de LARC et de PM est faible, il est plus efficace pour les programmes –en vue de développer et garder à jour les compétences des prestataires– de former un petit nombre de prestataires mobiles couvrant un vaste territoire au travers de différents points de prestation de service, plutôt que de former un grand nombre de prestataires dont chacun ne dessert qu'un petit nombre de clients (Bakamjian, 2008).

Quel est l'impact ?

Les services mobiles de proximité peuvent favoriser une augmentation de l'utilisation des contraceptifs. Une récente revue des données probantes suggère que la distribution de contraceptifs via des services mobiles ou des services à base communautaire est « un moyen efficace et acceptable/bien accepté d'augmenter l'accès aux contraceptifs, en particulier aux contraceptifs injectables et aux méthodes à longue durée d'action ou permanentes » (Mulligan et al., 2010). « Lorsque les programmes sont mis en œuvre à grande échelle, en veillant à fournir des services de haute qualité, on constate une augmentation de l'utilisation de contraceptifs au sein des communautés couvertes par les services mobiles de proximité ».

- Une étude conduite au **Zimbabwe** a conclu que les services mobiles de proximité ont « un impact fort » sur l'utilisation de contraceptifs. Après avoir examiné les caractéristiques sociales et économiques, les chercheurs ont

trouvé que l'accès à des services mobiles de proximité dans une zone donnée avait un impact de même ampleur sur l'utilisation des contraceptifs (et sur la propension à utiliser une méthode de contraception sur le long terme) que la présence d'un hôpital général dans la zone concernée. L'étude a également conclu que les unités mobiles de planification familiale avaient un impact particulièrement significatif sur les groupes les plus pauvres dans la mesure où ces unités semblaient toucher des femmes peu éduquées (Thomas and Maluccio, 1996).

- Les services mobiles de proximité ont joué un rôle essentiel dans la distribution de contraceptifs au **Népal**. En 2011, 13 % de l'ensemble des utilisateurs de méthodes modernes ont obtenu leur méthode auprès de cliniques mobiles publiques, qui ont notamment pratiqué 20 % des stérilisations chez les femmes et près d'un tiers des stérilisations chez les hommes (MOHP [Népal] et al., 2012).
- Au **Malawi**, le taux de prévalence d'utilisation de contraceptifs modernes parmi les femmes mariées a augmenté de 14 % ente 2004 et 2010, passant de 28 % à 42 % (NSO [Malawi] et ICF Macro, 2011). Une étude de cas de l'expérience du Malawi a conclu que le programme de fourniture de services mobiles de proximité a été un élément crucial de cette réussite (USAID/Bureau Afrique et al., 2012).
- Dans le **nord de l'Ouganda**, dans un contexte de post-conflit, l'introduction de services mobiles dans les services cliniques existants a conduit à une augmentation de l'utilisation de méthodes modernes de contraception, dont la prévalence est passée de 7 % en 2007 à 23 % en 2010, et de 1 % à 10 % en ne tenant compte que des LARC et des PM (Casey, 2013).
- En **Tanzanie**, l'utilisation de contraceptifs modernes a augmenté lentement mais régulièrement entre 2004/2005 et 2010, passant de 20 % à 27 % (NBS [Tanzanie] et ICF Macro, 2011).Selon des entretiens avec des responsables clés, les services mobiles de proximité ont contribué à cette augmentation, l'ampleur de leur impact n'est cependant pas connu (Wickstrom et al., 2013).

La rentabilité doit être évaluée lors de la phase de conception d'un programme mobile de proximité. Le coût de la prestation de services de planification familiale via des unités mobiles de proximité varie selon le modèle utilisé, le nombre et le corps professionnel des prestataires employés, la distance que les équipes mobiles de proximité doivent parcourir et les couts de transport associés. Une analyse économique prospective de la fourniture de services en Éthiopie comparant la rentabilité de services de proximité fournis par des spécialistes cliniques à celle des mêmes services fournis via un système d'orientation a conclu que les services de proximité était 1,45 fois plus rentables en utilisant les rares disponibilités des spécialistes cliniques qu'en s'appuyant sur un système d'orientation (Kifle and Nigatu, 2010). En Tunisie, où un quart du budget national de fonctionnement de la planification familiale est alloué au programme mobile de proximité, une étude a conclu que les unités mobiles contribuaient à un tiers des résultats totaux du programme national. En outre, les unités mobiles représentaient une part encore plus importante des activités du programme national dans les zones rurales et jouaient un rôle essentiel dans l'extension de la couverture géographique des services de planification familiale (Coeytaux et al., 1989*). Il est important de noter que les efficacités en termes de coût ne s'appliquent pas nécessairement aux autres services de santé et qu'il existe peu d'informations disponibles concernant la viabilité financière à long terme.*

Les services mobiles de proximité peuvent fournir des soins de haute qualité. Une étude conduite au Népal a conclu que les interventions de stérilisation des femmes fournis réalisées par les unités mobiles de proximité étaient comparables en termes d'évaluation du besoin des clientes et de qualité des soins à celles pratiquées dans les hôpitaux (Thapa and Friedman, 1998). Des études d'observation en Inde ont trouvé que l'incidence des effets secondaires et des complications chez les clientes recevant des DIU ou se faisant stériliser par l'intermédiaire de services mobiles était similaire aux niveaux présentés dans la littérature publiée (Aruldas et al., 2013).

Mode d'emploi : conseils tirés des expériences de mise en œuvre

Le tableau ci-dessous décrit les différents modèles utilisés pour la fourniture de services mobiles de proximité. Le modèle « classique » s'appuie sur une équipe de prestataires de services cliniques qui se déplace dans les communautés dans une unité clinique mobile ou qui y installe une clinique temporaire. C'est le modèle le plus exigeant en termes de ressources. De son côté, le modèle à « prestataire spécialisé » s'appuie sur un seul prestataire qui se concentre sur la distribution de contraceptifs, en particulier des LARC et des PM, installé dans un établissement de santé existant. En général, ce modèle demande moins de ressources que les autres modèles.

Tableau. Différents modèles de fourniture de services mobiles de proximité

Plus exigeant en ressources ⟷ Moins exigeant en ressources			
	Classique	**Simplifié**	**Prestataire détachée**
Qui ?	• Médecin. • Auxiliaire médical/praticien clinique pour la chirurgie • Infirmière pour le conseil et les soins post-traitement. • Chauffeur pour les tâches administratives.	• Une ou deux infirmières. • Chauffeur pour les tâches administratives.	• Un seul prestataire (médecin, auxiliaire médical/praticien clinique, infirmière ou infirmière-sage-femme).
Quoi ?	LARC et PM, en plus des méthodes à courte durée d'action	• LARC et méthodes à courte durée d'action. • Aiguillage vers des PM.	LARC (et éventuellement PM).
Où ?	Établissements de santé existants, écoles, lieux communautaires, tentes ou unité mobile.	Établissements de santé existants, écoles, lieux communautaires ou, dans les environnements particuliers de mobilité réduite pour les femmes, au domicile d'un(e) client(e).	Détaché dans un ou plusieurs établissements de santé.
Organisation	Effectif et direction par une ONG, ou effectif du secteur public sous coordination d'une ONG.	Effectif et direction par une ONG, ou effectif du secteur public sous coordination d'une ONG.	Les prestataires peuvent être employés par l'établissement (hôpital de district par exemple), ou y être rattachés, mais ils peuvent se déplacer pour fournir des services dans des établissements de niveau inférieur ou au domicile de clients.
Application potentielle	• Zones rurale ou difficiles d'accès avec des temps de trajet très longs. • Fournit l'opportunité d'un renforcement des capacités pour fournir une gamme complète de méthodes contraceptives	• Comble les lacunes dans les environnements urbains ou péri-urbains • Si les ressources sont plus limitées, si le nombre de médecins ou de praticiens cliniques est limité, si la demande pour des méthodes permanentes est faible.	• Établissements servant un volume élevé de clients/répondant à une forte demande en planification familiale. • Introduction des services de planification familiale dans des services complémentaires existants (tels que des services de santé maternelle et infantile). • Application en milieu urbain ou rural. • Le site hôte doit avoir des infrastructures et des équipements médicaux adéquats
Considérations particulières	• Nécessité d'apporter des stocks et des équipements suffisants, ce qui peut nécessiter des véhicules de plus grande capacité et un réapprovisionnement fréquent. • Un système solide doit être en place pour des soins de suivi adéquats, en particulier pour les clients recevant des LARC/PM.	• Les sites hôtes sont en général bien équipés, permettant aux équipes de se déplacer avec moins de matériel. Les équipes peuvent se déplacer en utilisant des moyens de transport locaux, des motos ou de petits véhicules. • Un solide système d'orientation est nécessaire.	• Difficulté potentielle pour fournir des services et renforcer les capacités dans les contextes de fréquentation élevée. • En cas de pénuries aiguës de personnel de santé, l'absence des prestataires mobiles peut être un problème pour leurs établissements de rattachement.

- **Identifier les lieux appropriés en coordination avec les dirigeants communautaires.** La distance par rapport à un prestataire de services n'est pas toujours la barrière la plus importante pour les clients dont les besoins en planification familiale ne sont pas satisfaits L'incapacité à payer les coûts de transport ou le faible choix de contraceptifs proposé par un établissement proche peuvent également être des barrières. Les services mobiles de proximité peuvent donc être déployés avec succès pour répondre aux besoins non satisfaits en zones rurales comme en zones urbaines. Il convient, suffisamment à l'avance, de coordonner les visites de proximité avec les autorités locales pour garantir que les sites sélectionnés disposent de l'espace nécessaire et que le personnel des sites s'engage à prendre en compte les besoins de l'équipe mobile.

- **Cartographier la zone.** Il convient de cartographier les communautés cibles au sein d'une zone couverte par les services de proximité pour que les prestataires de services puissent identifier les sites appropriés et planifier efficacement les visites des équipes mobiles et leur emploi du temps. En Somalie, l'utilisation d'une carte produite à partir d'un logiciel de système d'information géographique (SIG) a facilité la planification logistique et la fourniture de services mobiles de proximité en dirigeant les ambulances et les infirmières en toute sécurité vers les camps de réfugiés dans une zone marquées par des catastrophes humaines et naturelles prolongées (Shaikh, 2008). (Pour plus d'informations concernant les nouvelles technologies, voir l'aide-mémoire PIH sur la santé mobile à l'adresse suivante : www.fphighimpactpractices.org/resources/mhealth-mobile-technology-strengthen-family-planning-programs

- **Veiller à ce que les sites soient propres, sûrs et privés.** Tout lieu utilisé pour des services mobiles de proximité doit être sûr et propre, et garantir aux clients la confidentialité aussi bien pour une consultation à des fins de conseil que pendant une intervention ou lors du traitement suivant une intervention. Le manque d'espace adéquat représente une barrière potentielle pour la prestation efficace de services de proximité.

- **Mettre en place des partenariats public-privé efficace.** Les dispositifs de services mobiles de proximité sont l'occasion pour les ministères de la Santé et les ONG de travailler ensemble pour étendre la portée respective de leurs actions afin d'atteindre les objectifs nationaux de santé. Ces partenariats encouragent une approche globale en comblant les lacunes existantes de services ou bien en apportant une assistance technique là où les services sont limités. Bien que les dispositifs mobiles de proximité aient souvent été considérés comme des mesures provisoires le temps de renforcer les capacités de systèmes de santé sous-financés, un nombre croissant de pays expérimentent des relations contractuelles qui contribuent à faire des programmes mobiles de proximité des parties intégrantes du système de santé. Une procédure contractuelle formelle permet aux gouvernements de mandater des ONG ou des prestataires privés pour fournir, partiellement ou complètement, des services mobiles de proximité, en collaboration avec le secteur public. Ces partenariats tirent profit des compétences cliniques et de la flexibilité géographique des ONG et des prestataires privés tout en permettant aux ministères de la Santé de guider la définition des priorités et l'allocation des ressources.

- **Recruter et former du personnel spécialisé.** Le recrutement et la conservation de prestataires de services mobiles de proximité –au sein du personnel du gouvernement ou des ONG– est essentiel pour la réussite d'un programme mobile de proximité. Les personnels peuvent être recrutés à temps partiel ou à temps complet ou bien fournir des services de proximité dans le cadre de leurs emplois réguliers. Les contraintes en termes de déplacement et de temps passé loin de la famille ou de la communauté peuvent être exigeantes, surtout dans le cadre du modèle classique de services mobiles de proximité qui couvre les zones rurales. Aussi, les programmes de proximité ont-ils souvent des difficultés à retenir le personnel. Les plans de travail du personnel et les changements d'horaires doivent être revus

Veiller à ce que les clients aient accès à des soins de suivi

- Collaborer avec les ASC afin qu'ils participent au suivi et qu'ils signalent d'éventuelles complications aux services de niveau supérieur compétent.
- Utiliser les téléphones portables et les SMS pour envoyer des messages concernant le suivi.
- Utiliser des lignes directes pour fournir des informations concernant les soins de suivi.
- Veiller à ce que les équipes mobiles de proximité soient équipés pour pouvoir retirer des contraceptifs réversibles à longue durée d'action et à ce qu'un réseau d'orientation solide soit en place pour permettre le retrait entre les visites si nécessaire.

régulièrement et les dates de déplacement doivent être fixées à l'avance afin que les clients et les prestataires puissent prévoir l'arrivée des équipes mobiles.

- **Investir dans des activités de sensibilisation et de communication régulières.** Les clients des communautés mal desservies manquent souvent de connaissances concernant la planification familiale et ont un accès limité aux médias et aux moyens de communication (Mwaikambo, 2011). Du fait des faibles densités de population dans les zones rurales, il est plus difficile de communiquer efficacement. Les clients des zones urbaines ou périurbaines, bien que plus exposé aux médias que leurs homologues des zones rurales, peuvent néanmoins être confrontés à des barrières en matière d'information, liées à un faible niveau d'éducation ou à un accès limité aux informations concernant la santé. Il est donc essentiel de sensibiliser la population de manière soutenue en utilisant différents moyens de communication pour garantir l'efficacité des investissements dans les programmes de proximité. Les clients des services mobiles de proximité signalent souvent qu'ils ont entendu parler du programme pour la première fois par le bouche à oreilles (amis proches ou clients satisfaits), par des agent de santé communautaires (ASC), via des annonces transmises par haut-parleur, par la radio ou bien lors d'événements organisés par leur communauté (Eva and Ngo, 2010). (Pour plus d'informations concernant la communication, voir l'aide-mémoire PHI « Communication sur la santé : favoriser des décisions volontaires et éclairées. »: www.fphighimpactpractices.org/resources/health-communication-enabling-voluntary-and-informed-decision-making

- **Lier les programmes de proximité avec les ASC et les cliniques locales pour la planification familiale, les conseils, les orientations et la participation des communautés**. Les travailleurs communautaires vivent en général dans la communauté pour laquelle ils œuvrent et sont en général désignés par des membres de cette communauté. Les ASC disposent donc souvent de réseaux locaux bien établis et de solides connaissances. Les programmes de proximité les mettent souvent à contribution pour communiquer les lieux et les dates de passage prévus des programmes de proximité. En outre, les ASC conduisent des activités éducatives, procurent des conseils de base sur la planification familiale et contribuent à susciter une demande dans les jours précédant la visite d'une équipe mobile de proximité. Ce travail contribue à susciter l'intérêt et l'acceptation des communautés avant la fourniture des services. Il est également l'occasion d'orienter certains membres de la communauté vers des services ou vers la clinique la plus proche en cas de complications ou pour retirer une méthode contraceptive.

- **Anticiper et prendre en compte les difficultés.** Parmi les difficultés potentielles, on peut citer : les problèmes de transport, les problèmes logistiques, la mauvaise information des clients concernant la planification familiale et la nécessité d'assurer des soins de suivi. Pour garantir la réussite des programmes mobiles de proximité, il convient d'anticiper ces difficultés et de concevoir des stratégies pour les surmonter le cas échéant.

Outils et ressources

Expanding Contraceptive Choice to the Underserved Through Delivery of Mobile Outreach Services: A Handbook for Program Planners fournit plusieurs conseils d'ordre général sur la conception et la mise en œuvre de services mobiles de proximité pour la planification familiale qu'il convient d'adapter en fonction du contexte national Ce manuel comporte en annexe : (1) des directives minimales pour gérer un programme de proximité, (2) un exemple d'un accord e partenariat. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.k4health.org/sites/default/files/expanding_contraceptive_choice.pdf

Pour en savoir plus sur les pratiques à haut impact dans la planification familiale (PIH), contacter l'équipe des PIH d'USAID à l'adresse suivante : mailto:fphip@k4health.org.

Bibliographie

Aruldas K, Khan ME, Ahmad J, Dixit A. Increasing choice and access to family planning services via outreach in Rajasthan, India: an evaluation of MSI India's outreach services. New Delhi : Population Council, 2013.

Bakamjian L. Linking communities to family planning and LAPM via mobile services. Presented at: Flexible Fund Partner's Meeting; 2008, Washington, DC.

Casey S, McNab S, Tanton C, Odong J, Testa A, Lee-Jones L. Availability of long-acting and permanent family-planning methods leads to increase in use in conflict-affected northern Uganda: evidence from cross-sectional baseline and endline cluster surveys. Global Public Health 2013, vol.8, n°3, p. 284-297. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2012.758302

Coeytaux F, Donaldson D, Aloui T, Kilani T, Fourati H. An evaluation of the cost-effectiveness of mobile family planning services in Tunisia. Studies in Family Planning, 1989, vol. 20, n° 3, p. 158-169.

Eva G, Ngo TD. MSI mobile outreach services: retrospective evaluations from Ethiopia, Myanmar, Pakistan, Sierra Leone and VietNam. Londres : Marie Stopes International, 2010. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://www.mariestopes.org/sites/default/files/outreach_web.pdf

Hayes G, Fry K, Weinberger M. Global impact report 2012: reaching the under-served. Londres : Marie Stopes International, 2013. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://www.mariestopes.org/sites/default/files/Global-Impact-Report-2012-Reaching-the-Under-served.pdf

High-Impact Practices in Family Planning (HIPs). Liste des pratiques à haut impact dans la planification familiale. Washington, DC : U.S. Agence américaine pour le développement international, 2013. Disponible à l'adresse suivante : www.fphighimpactpractices.org/sites/fphips/files/hiplistfre.pdf

Jones B. Mobile outreach services: multi-country study and findings from Tanzania. New York : The RESPOND Project/EngenderHealth, 2011. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://www.respond-project.org/pages/files/5_in_action/lapm-cop-mobile-services/Barbara-Jones.pdf

Kifle Y, Nigatu T. Cost-effectiveness analysis of clinical specialist outreach as compared toreferral system in Ethiopia: an economic evaluation. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 2010, vol. 8, n° 13. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://dx.doi.org/10.1186/1478-7547-8-13

Ministry of Health and Population (MOHP) [Nepal]; New ERA; ICF International Inc. Nepal demographic and health survey 2011. Kathmandu, Nepal : MOHP; 2012. Co-édition ICF International. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR257/FR257[13April2012].pdf

Mullligan J, Nahmias P, Chapman K, Patterson A, Burns M, Harvey M, et al. Improvingreproductive, maternal and newborn health: reducing unintended pregnancies. Evidence overview. A working paper (version 1.0). Londres : Ministère du développement international (DFID), 2010. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://r4d.dfid.gov.uk/Output/185828/Default.aspx

Mwaikambo L, Speizer IS, Schurmann A, Morgan G, Fikree F. What works in family interventions: a systematic review. Studies in Family Planning, 2011, vol. 42, n° 2, p. 67-84. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3761067/

National Bureau of Statistics (NBS) [Tanzania]; ICF Macro. Tanzania demographic and health Survey 2010. Dar es Salaam, Tanzanie : NBS; 2011. Co-édition ICF Macro. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR243/FR243%5B24June2011%5D.pdf

National Statistical Office (NSO) [Malawi], ICF Macro. Malawi demographic and health survey 2010. Zomba, Malawi : NSO; 2011. Co-édition ICF Macro. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR247/FR247.pdf

Nations Unies (ONU), Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. World contraceptive use 2011. New York : UN, 2011. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm

Organisation mondiale de la Santé (WHO). Rapport sur la santé dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé. Genève : OMS, 2006. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/whr/2006/fr/

Shaikh MA. Nurses' use of global information systems for provision of outreach reproductive health services to internally displaced persons. Prehospital And Disaster Medicine 2008, vol. 23, n° 3, p. s35-8.

Thapa S, Friedman M. Female sterilization in Nepal: a comparison of two typesof service delivery. International Family Planning Perspectives, 1998, vol. 24, n° 2, p. 78–83. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : https://www.guttmacher.org/pubs/journals/2407898.pdf

Thomas D, Maluccio J. Fertility, contraceptive choice, and public policy in Zimbabwe. The World Bank Economic Review, 1996, vol. 10, n° 1, p. 189-222. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/05/14/000333037_20130514125827/Rendered/PDF/771130JRN0WBER0Box0377291B00PUBLIC0.pdf

USAID/Bureau Afrique, USAID/Population et santé reproductive, Ministère de la Santé de l'Éthiopie, Ministère de la Santé du Malawi, Ministère de la Santé du Rwanda. Three successful Sub-Saharan Africa family planning programs: lessons for meeting the MDGs. Washington, DC : USAID, 2012. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/africa-bureau-case-study-report.pdf

Wickstrom J, Yanulis J, Van Lith L, Jones B. Approaches to mobile outreach services for family planning: a descriptive inquiry in Malawi, Nepal, and Tanzania. The RESPOND Project Study Series: Contributions to Global Knowledge, Report No. 13. New York :The RESPOND Project, EngenderHealth, 2013. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://www.respond-project.org/pages/files/6_pubs/research-reports/Study13-Mobile-Services-LAPM-September2013-FINAL.pdf

---

Citation suggérée :

Pratiques à haut impact dans la planification familiale (PIH). Services mobiles de proximité : étendre l'accès à une gamme complète de contraceptifs modernes. Washington, DC : USAID, mai 2014. Disponible à l'adresse suivante : http://www.fphighimpactpractices.org/resources/mobile-outreach-services

Remerciements : la première version de ce document a été rédigée par : Julie Solo and Shawn Malarcher. Nous tenons à remercier Ian Askew, Lynn Bakamjian, Regina Benevides, Salwa Bitar, Christine Bixiones, Linda Casey, Maxine Ebers, Fariyal Fikree, Nomi Fuchs-Montgomery, Leah Sawalha Freij, Jennifer Friedman, Gwyn Hainsworth, James Harcourt, Trish MacDonald, Stembile Mugore, Hashina Begum, Mohammad Murtala Mai, Nithya Mani, Ilka Rondinelli, Jeff Spieler, Sarah Thurston, Jane Wickstrom et John Yanulis pour pour leur analyse critique et leurs commentaires très utiles.

Cette aide-mémoire a été approuvé par : Abt Associates, Chemonics, EngenderHealth, FHI 360, Futures Group, Fondation Gates, Université de Georgetown / Institut de santé reproductive, Fédération internationale de la planification familiale, IntraHealth International, Jhpiego, John Snow, Inc., Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, Marie Stopes International, Pathfinder International, Plan International USA, Population Council, Population Reference Bureau, Population Services International, Programme des Nations Unies pour la Population et l'Agence américaine pour le développement international.

Le Département Santé et Recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la santé a contribué à l'élaboration du contenu technique de ce document qui sont une synthèse basée sur les faits et l'expérience de terrain. Cet aide-mémoire est destiné à être utilisé conjointement avec les outils et directives sur la planification familiale de l'OMS : http://www.who.int/topics/family_planning/en/.



Traduction en francais par UNFOA.